Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813) v.12 n.3 (2026)
DOI: 10.18310/2446-4813.2026v12n3.5175

Relato de Experiência

Saúde digital na Atenção Primária à Saúde: experiência da implantação do atendimento remoto pelas eMulti em município do interior da Bahia

Digital health in Primary Health Care: experience of implementing remote care by eMulti teams in a municipality in the interior of Bahia

Salud digital en la Atención Primaria de Salud: experiencia de la implementación de la atención remota por los equipos eMulti en un municipio del interior de Bahía

Daiane Porto Nery
Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia, pela Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Pós-graduada em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Pós-graduada em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Digital, pela Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva.
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, BA, Brasil;
E-mail: coletanea.daianenery@gmail.com; ORCID: 0009-0001-0794-0690

Ana Carolina França dos Anjos
Fisioterapeuta. Pós-graduada em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Pós-graduada em Traumatologia e Ortopedia pelo Centro Universitário UniFG. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, BA, Brasil;
E-mail: carolina.anjos1@hotmail.com; ORCID: 0009-0008-2777-0458

Contribuição dos autores: DPN contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. ACFA contribuiu com a escrita e revisão final do manuscrito. ROCJ e EMS contribuíram na coleta de dados e revisão final do manuscrito. JBOS atuou na escrita e revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Robson Oliveira Costa Junior
Fisioterapeuta. Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, BA, Brasil;
E-mail: robsonocjr@gmail.com; ORCID: 0009-0006-6065-1456

Elizangela de Morais Santos
Psicóloga, Mestra em Saúde Coletiva, área de concentração em Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde, pela Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, BA, Brasil;
E-mail: elizmoraesantos@gmail.com; ORCID: 0009-0005-6717-6582

Jussiara Barros Oliveira da Silva
Enfermeira. Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, BA, Brasil;
E-mail: jussiara.barros@uesb.edu.br; ORCID: 0009-0006-1125-4817

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse de natureza financeira. Contudo, reconhecem que uma das autoras atuava como coordenadora do serviço analisado e que os demais autores, com exceção de JBOS, atuavam como profissionais das eMulti no período de implantação do serviço. Essas relações profissionais são declaradas de forma transparente e não interferem na apresentação e discussão dos achados deste relato de experiência.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 20/03/2026

Aprovado em: 01/09/2026

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Objetivo: Descrever a implantação do atendimento remoto pelas Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti) em Vitória da Conquista, Bahia. **Descrição da experiência**: Trata-se de um relato de experiência sobre a implantação participativa de um projeto piloto de atendimento remoto, envolvendo a gestão municipal e os profissionais das cinco eMulti do município. O processo abrangeu sensibilização das equipes, estudo da normativa ministerial, criação de grupo de trabalho multiprofissional e definição de fluxos assistenciais, critérios de elegibilidade e modalidades de atendimento (teleconsultoria, teleinterconsulta e teleconsulta). Também foram realizadas qualificações para uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS), definição de espaço físico e pactuação de estratégias de monitoramento. Os primeiros atendimentos já evidenciam potencial para ampliação do acesso e fortalecimento do cuidado compartilhado. Entre os desafios, destacam-se limitações de infraestrutura tecnológica, dificuldades no uso das ferramentas institucionais, necessidade de qualificação contínua e fragilidades na integração entre eMulti e equipes de Saúde da Família. **Conclusões**: A experiência demonstrou que o atendimento remoto pelas eMulti pode reorganizar o processo de trabalho na APS e ampliar o acesso ao cuidado, sendo sua consolidação dependente de infraestrutura adequada, qualificação contínua e compromisso com a equidade digital.

Palavras-chave: Saúde Digital; Atenção Primária à Saúde; Registros Eletrônicos de Saúde; Tecnologia da Informação; Saúde Pública.

Abstract: Objective: To describe the implementation of remote care by the Multiprofessional Teams in Primary Health Care (eMulti) in Vitória da Conquista, Bahia. **Experience Report**: This is an experience report on the participatory implementation of a pilot remote care project involving the municipal health management and professionals from the municipality's five eMulti teams. The implementation process included team engagement, review of the Ministry of Health regulations, establishment of a multiprofessional working group, and the development of care pathways, eligibility criteria, and remote care modalities (teleconsultation support, tele-interconsultation, and teleconsultation). Training sessions were also conducted on the use of the Citizen's Electronic Health Record (PEC e-SUS APS), along with the definition of physical infrastructure and the agreement

on monitoring strategies. The first remote consultations have already demonstrated the potential to expand access to care and strengthen shared care practices. The main challenges included limitations in technological infrastructure, difficulties in using institutional digital tools, the need for continuous professional training, and weaknesses in the integration between eMulti teams and Family Health teams. **Conclusions**: The experience demonstrated that remote care provided by eMulti teams can reorganize the work process in Primary Health Care (PHC) and expand access to care, with its consolidation depending on adequate infrastructure, continuous professional development, and a commitment to digital equity.

Keywords: Digital Health; Primary Health Care; Electronic Health Record; Information Technology; Public Health.

Resumen: Objetivo: Describir la implementación de la atención remota por los Equipos Multiprofesionales en la Atención Primaria de Salud (eMulti) en Vitória da Conquista, Bahía. **Descripción de la experiencia**: Se trata de un relato de experiencia sobre la implementación participativa de un proyecto piloto de atención remota, en el que participaron la gestión municipal de salud y los profesionales de los cinco equipos eMulti del municipio. El proceso incluyó la sensibilización de los equipos, el estudio de la normativa del Ministerio de Salud, la creación de un grupo de trabajo multiprofesional y la definición de los flujos asistenciales, los criterios de elegibilidad y las modalidades de atención (teleconsultoría, teleinterconsulta y teleconsulta). Asimismo, se realizaron actividades de capacitación para el uso de la Historia Clínica Electrónica del Ciudadano (PEC e-SUS APS), la definición de los espacios físicos y la concertación de estrategias de monitoreo. Las primeras atenciones remotas ya evidencian su potencial para ampliar el acceso a los servicios de salud y fortalecer la atención compartida. Entre los principales desafíos se destacan las limitaciones de la infraestructura tecnológica, las dificultades en el uso de las herramientas institucionales, la necesidad de capacitación continua y las debilidades en la integración entre los equipos eMulti y los Equipos de Salud de la Familia. **Conclusiones**: La experiencia demostró que la atención remota brindada por los equipos eMulti puede reorganizar el proceso de trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) y ampliar el acceso a la atención, cuya consolidación depende de una

infraestructura adecuada, la capacitación continua y el compromiso con la equidad digital.

Palabras clave: Salud Digital; Atención Primaria de la Salud; Registros Electrónicos de Salud; Tecnología de la Información; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A transformação digital tem se consolidado como uma diretriz estratégica para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. A incorporação de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde (MS) como mecanismo para ampliar o acesso, qualificar o cuidado, otimizar processos de trabalho, fortalecer a longitudinalidade e aumentar a resolutividade da APS.[1-3]

Nesse cenário, destacam-se a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 como documento norteador dessa transformação e o Programa SUS Digital como instrumento de operacionalização e execução.[1,4] Além disso, a partir da reestruturação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituiu-se, em 2014, a Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), posteriormente denominada e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS), com vistas na ampliação e qualificação dos registros em saúde, no favorecimento da integração das informações e no aprimoramento de dados ao incorporar novas tecnologias nesse processo.[5,6]

A disponibilização gratuita do Prontuário Eletrônico do Cidadão da Estratégia e-SUS APS (PEC e-SUS APS) e aplicativos complementares pelo MS aos municípios brasileiros é um dos marcos importantes na concretização do apoio à inovação digital na APS.[1,5] Ao mesmo tempo em que esses investimentos demonstram o incentivo à modernização das Unidades de Saúde da Família (USF), também apontam para mudança estrutural importante nos processos de trabalho da equipe, demandando novas práticas de registro, integração de dados e monitoramento. Para além disso, deve-se considerar questões como limitações de infraestrutura, necessidade contínua de formação em serviço e resistência dos profissionais na

incorporação das tecnologias como desafios para a consolidação da transformação digital no país.[5,7]

A Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), anteriormente denominada Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), possui papel relevante no desenvolvimento da saúde digital na APS. Constituída por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, as eMulti atuam de forma complementar e integrada à APS, corresponsabilizando-se pelo cuidado da população e do território, bem como pela articulação intersetorial e pela integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).[8-10] A reconformação dos NASF-AB em eMulti introduziu mudanças relevantes na organização do trabalho multiprofissional, ampliando a flexibilidade organizacional e incorporando a possibilidade do uso do atendimento remoto como estratégia complementar ao cuidado presencial.[8-11]

Em consonância com esse papel, a Nota Técnica nº. 11/2024-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS prevê a realização de diferentes modalidades de ações remotas mediadas por TDIC, como a teleconsultoria, caracterizada pela interação entre profissionais de saúde para discussão de casos e alinhamento de condutas, podendo ocorrer de forma síncrona ou assíncrona e; a teleinterconsulta, que envolve interação remota entre profissionais para apoio diagnóstico ou terapêutico com a participação do usuário.[12] Não obstante, apesar dos avanços normativos e do estímulo institucional à Saúde Digital, ainda se observa escassez de orientações operacionais que apoiem, de forma prática e contextualizada, a implementação do atendimento remoto pelas eMulti.

Essa lacuna impõe desafios à gestão municipal, especialmente quanto à definição de fluxos assistenciais, padronização de procedimentos e estruturação das ações. Nesse contexto, o município de Vitória da Conquista, Bahia, vem desenvolvendo uma experiência de implantação do atendimento remoto pelas eMulti, a partir da criação de um grupo de trabalho multiprofissional (GT) responsável pela elaboração de fluxos assistenciais, documentos orientadores e condução de um projeto piloto para operacionalização das ações no território municipal. A sistematização dessa experiência mostra-se relevante para ampliar a produção de conhecimento

sobre a temática, fortalecer a governança digital na APS e subsidiar gestores municipais na implantação de estratégias semelhantes, alinhadas aos princípios do SUS. Nesse sentido, o objetivo do estudo é descrever o processo de implantação do atendimento remoto pelas equipes eMulti no município de Vitória da Conquista, Bahia.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de implantação do projeto piloto do atendimento remoto pelas eMulti do município de Vitória da Conquista, Bahia. O estudo descreve as etapas de planejamento, organização, execução e monitoramento da estratégia ao longo do processo.

Contexto da experiência

A experiência ocorreu no município de Vitória da Conquista, Bahia, terceiro maior município do estado. Localizada na região sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista possui uma área territorial de 3.705,838 km², situada a 509 km de sua capital, Salvador. A cidade está inserida na mesorregião Centro - Sul, microrregião Vitória da Conquista. Grande parte de suas terras estão localizadas no semiárido. Sua população está estimada em 394 mil habitantes. A cidade possui 284 povoados com 11 distritos (Bate-Pé, Cabeceira da Jiboia, Cercadinho, Dantilândia, Iguá, Inhobim, José Gonçalves, Pradoso, São João da Vitória, São Sebastião e Veredinha).[13-15] No âmbito sanitário, Vitória da Conquista se configura como polo regional de saúde, atendendo não apenas à sua população, mas também a municípios da macrorregião sudoeste.

A APS de Vitória da Conquista apresentava uma cobertura de 58,09% no período estudado.[16] Dentre as equipes que atuam na APS municipal no período estudado, destacamos as Equipes de Saúde da Família (eSF) - 57 equipes; Equipes de Atenção Primária (eAP) - 11 equipes; Equipes de Saúde Bucal (eSB) - 52 equipes; Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti) - cinco equipes do tipo Ampliada; Equipes de Consultório na Rua (eCr) - uma equipe; Equipes do Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL) - duas equipes; e Equipe do Programa Municipal HabSUS - uma equipe. Em relação aos equipamentos de saúde, a APS do município

contemplava no período 46 Unidades de Saúde, 28 localizadas na zona urbana e 18 localizadas na zona rural; dois polos do Programa Academias da Saúde; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); e um Odontomóvel.

Das cinco eMulti Ampliadas de Vitória da Conquista, duas atendem às eSF de zona rural e três atendem às eSF de zona urbana. Fazem parte da composição da eMulti 38 servidores, constituídos pelas seguintes categorias profissionais: sete farmacêuticos, 10 fisioterapeutas, sete nutricionistas, oito psicólogos e seis profissionais de educação física. A experiência que será descrita diz respeito à implantação do atendimento remoto pelas eMulti, iniciado em julho de 2025, em resposta à demanda do MS, que garante incentivo financeiro adicional às eMulti que fizeram adesão ao atendimento remoto.[9] Em virtude das diferentes competências digitais apresentadas e da afinidade com o atendimento remoto identificada em alguns dos profissionais das eMulti, a coordenadora municipal das equipes optou por criar um grupo multiprofissional com representação de cada equipe eMulti e cada categoria profissional para compor o GT do atendimento remoto piloto, cujas ações serão relatadas neste estudo.

Participantes

Participaram do processo os profissionais representantes das cinco eMulti Ampliadas e das cinco categorias profissionais, sendo três profissionais da eMulti-1 (um profissional de educação física, um farmacêutico e um psicólogo), dois profissionais da eMulti-2 (um psicólogo e um nutricionista), três profissionais da eMulti-3 (dois fisioterapeutas e um psicólogo), dois profissionais da eMulti-4 (dois nutricionistas) e dois profissionais da eMulti-5 (um fisioterapeuta e um nutricionista). Ao longo do processo, essa constituição passou por mudanças decorrentes de afastamentos e finalização de contratos, comuns à dinâmica das equipes na APS. Nesse movimento, destaca-se a inclusão de novos profissionais com afinidade temática à proposta, a exemplo de profissionais da eMulti integrantes do Projeto PET - Saúde Digital, até então não participantes do grupo, o que contribuiu para a manutenção do engajamento e da qualificação técnica do GT ao longo do processo.

Desenho Metodológico

A implantação da experiência do projeto piloto tem ocorrido de forma gradual e participativa, estruturada nas seguintes etapas: 1. Sensibilização e estudo da normativa; 2. Constituição do GT; 3. Reuniões do GT para a construção, monitoramento e avaliação dos processos internos de trabalho.

Na etapa de sensibilização e estudo da normativa, o primeiro movimento consistiu na apresentação da meta de implantação das ações do atendimento remoto às eMulti, em reunião ampliada. Para favorecer a apropriação coletiva da normativa ministerial, os profissionais foram divididos em cinco grupos, correspondentes às cinco eMulti, e orientados a realizar a leitura e discussão do documento oficial. Posteriormente, foi realizada exploração prática no PEC e-SUS APS para identificação da funcionalidade de videochamada e do registro adequado dos procedimentos, incluindo o código SIGTAP correspondente (03.01.01.025-0 - Teleconsulta na Atenção Primária). As dúvidas identificadas durante o processo foram sistematizadas e encaminhadas por e-mail ao MS pela coordenação da eMulti municipal, como estratégia de alinhamento técnico e segurança normativa. Cabe destacar que, previamente à implantação das ações do atendimento remoto, já haviam sido realizadas oficinas teórico-práticas de qualificação para uso do PEC e-SUS APS, estruturada a partir da replicação interna da Trilha Formativa para Profissionais de Saúde do Educa e-SUS APS, que consiste nos seguintes cursos: Panorama da Saúde Digital na APS (25h), Registro de Saúde na APS (20h) e Sistema e-SUS APS (35h).

A formação consistiu na adaptação e multiplicação da Trilha aos profissionais da eMulti, tendo como facilitadora a coordenadora do grupo. As atividades articularam momentos expositivos dialogados, realizados individualmente com cada uma das cinco eMulti (realizado em um turno por eMulti) e; com práticas em laboratório de informática, realizados com cada uma das cinco categorias profissionais que compõem a eMulti (dois a três turnos por categoria profissional), nas quais os profissionais simularam o registro no PEC e-SUS APS de casos simulados construídos coletivamente por categoria profissional e elaboraram um roteiro de registro que se consolidou como ferramenta prática de apoio ao trabalho, favorecendo a padronização e a qualificação das informações. Essas oficinas tiveram como objetivo fortalecer

o uso adequado do sistema, qualificar registros e melhorar as competências digitais das equipes no uso das TDIC no processo de trabalho.

Na segunda etapa desta experiência, após a discussão coletiva, cada eMulti indicou de um a três profissionais para compor o GT responsável pelo delineamento da estratégia de implantação e pela condução do projeto piloto. O GT passou a se reunir periodicamente para definir o escopo das ações (teleconsultoria, teleinterconsulta, teleconsulta); os critérios de elegibilidade dos usuários; o fluxo de agendamento e realização das ações; os procedimentos de registro no PEC e-SUS APS; as USF participantes do piloto; definição de cronograma das ações e; estratégias de monitoramento e avaliação.

O projeto piloto foi inicialmente estruturado com definição de espaço físico para a realização das ações, sendo definida uma sala na Secretaria Municipal de Saúde com disponibilização de computador com câmera e acesso à internet, tendo em vista a dificuldade de os profissionais encontrarem equipamentos disponíveis nas USF para a utilização. Para a utilização dessa sala, foi definido a programação antecipada de utilização da sala através de um cronograma compartilhado no google documentos. Também pactuou-se a realização de testes de conectividade em USF selecionadas, considerando a possibilidade de utilização dos dispositivos eletrônicos locais e da cooperação entre profissionais da eMulti e profissionais da eSF. Por fim, foram pactuadas metas mínimas por equipe, sem rigidez nas metas, considerando reavaliá-las periodicamente. Foram pactuadas diferentes modalidades do atendimento remoto, incluindo: teleconsultorias síncronas e assíncronas entre profissionais, teleinterconsultas e teleconsultas. Decidiu-se que as teleconsultas seriam as últimas ações realizadas, a fim de melhor estruturar o serviço antes de ofertá-las.

Ao longo das reuniões do GT, foram discutidas e elaboradas proposta preliminar: dos critérios de elegibilidade para as ações do atendimento remoto, proposta de fluxograma do atendimento remoto, planejamento de construção de protocolo assistencial, planejamento de elaboração de termo de autorização para atendimento remoto para os casos de utilização de outras plataformas de videochamada, além do PEC e-SUS APS; proposta de instrumento de avaliação da experiência por profissionais e usuários e;

indicadores iniciais de monitoramento (número de ações realizadas por equipe). Também foram pactuados momentos de avaliação periódica da estratégia, com revisão bimestral dos resultados. Ao todo, foram realizadas quatro reuniões do GT de julho de 2025 a janeiro de 2026, além de reunião geral de sensibilização com toda a eMulti e reuniões internas com cada uma das cinco eMulti.

Análise dos dados

Por se tratar de relato de experiência, a análise foi realizada de forma descritiva e reflexiva, considerando as atas das reuniões do GT e reunião geral ampliada, os registros no PEC e-SUS APS e as impressões relatadas pelos profissionais nas reuniões de monitoramento, por meio das atas das reuniões e relatos livres. As informações provenientes dessas fontes foram organizadas em quatro eixos temáticos: 1. Governança, relativo à condução participativa do processo e à articulação entre gestão e equipes; 2. Estrutura, referente às condições tecnológicas e físicas necessárias à realização das ações do atendimento remoto; 3. Processo de trabalho, envolvendo os fluxos assistenciais, critérios de elegibilidade, modalidades de atendimento adotadas e produção assistencial; 4. Avaliação, relacionado às estratégias de monitoramento dos resultados. Essa categorização orientou a sistematização da experiência, permitindo identificar potencialidades, desafios e aprendizados institucionais relacionados à reorganização do processo de trabalho das eMulti.

Aspectos éticos

Por se tratar de um relato de experiência sobre um processo institucional, sem dados identificáveis, o presente estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme disposto no Art. 1º, parágrafo único, inciso VII da Resolução CNS nº. 510/2016, que dispensam registro e avaliação pelo sistema CEP/Conep as pesquisas voltadas ao aprofundamento teórico de situações que emergem da prática profissional, desde que não haja identificação dos sujeitos envolvidos. Não obstante, foram respeitados os princípios éticos dispostos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando o sigilo e o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de implantação das ações do atendimento remoto pelas eMulti de Vitória da Conquista, Bahia, caracterizou-se pela progressiva reorganização institucional, envolvendo dimensões de governança, estrutura, processo de trabalho e avaliação.

No que tange ao processo de implantação, no âmbito da governança, destaca-se a liderança da coordenadora municipal das eMulti na condução do processo, com adoção de estratégia participativa dos profissionais que constituem as equipes no município. O primeiro movimento consistiu na apresentação da meta institucional às cinco eMulti, seguida da leitura coletiva da normativa ministerial (NOTA TÉCNICA Nº 11/2024-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS) e discussão das implicações locais.[12] O estudo coletivo da normativa, realizado de forma dialogada entre os profissionais, converge com os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), que preconiza a criação de espaços coletivos de reflexão sobre o processo de trabalho, favorecendo a problematização das práticas e a construção compartilhada de soluções para as demandas do serviço.[17]

Como desdobramento, foi constituído um GT, com representantes de todas as equipes e categorias profissionais, responsável pelo delineamento do projeto piloto. O GT, embora ainda não institucionalizado formalmente, assumiu papel central no estudo e definição do escopo das ações remotas, pactuação de metas por equipe, sistematização de dúvidas técnicas encaminhadas ao MS, construção preliminar de fluxos e protocolos; e definição de cronograma de monitoramento e avaliação das metas estabelecidas. A constituição desse espaço coletivo de trabalho reforça a perspectiva da produção compartilhada do cuidado, favorecendo a interprofissionalidade e a corresponsabilização entre os trabalhadores. Além disso, estimula o protagonismo das equipes na tomada de decisões relacionadas ao processo de trabalho, contribuindo para práticas mais resolutivas e alinhadas às necessidades do território.[17-18]

No plano estrutural, a implantação iniciou-se com a definição de espaço físico na Secretaria Municipal de Saúde, equipado com computador com câmera e acesso à internet. Posteriormente, foram estabelecidos critérios para seleção das USF participantes do piloto, considerando disponibilidade

de sala com computador e recursos de áudio e vídeo, estabilidade da rede de internet e maior disponibilidade e adesão das eSF. Não necessariamente todos os quesitos precisariam ser atendidos para a definição da USF como parte do projeto piloto. A literatura aponta que a existência de condições físicas adequadas e de infraestrutura tecnológica mínima constitui um pré-requisito indispensável para a implementação e o sucesso das ações de Saúde Digital e para o uso efetivo das TDIC no cotidiano da APS. Nesse estudo, a definição de um espaço físico, bem como a seleção de USF e eSF potenciais para o sucesso da estratégia se configurou como instrumento para contornar limitações já existentes na rede municipal, como a baixa disponibilidade de recursos tecnológicos nas USF para o uso das eMulti.[6, 19]

Durante os testes iniciais, foram identificadas fragilidades relacionadas à instabilidade de conectividade em determinados territórios e limitações técnicas no uso da funcionalidade de videochamada do PEC e-SUS APS, que não funcionou durante o período. O profissional acessava o PEC e-SUS APS, entrava no menu "videochamada", lia o termo de compromisso do profissional, criava a chamada e enviava, via WhatsApp, o link da chamada para o outro participante, também profissional. No entanto, ao acessar o link e inserir as informações solicitadas (nome completo e CPF), o convidado permanecia aguardando a autorização para acessar a chamada que, mesmo após autorização do profissional solicitante, não completava o acesso até a videochamada, impossibilitando a sua utilização. O problema foi reportado à empresa que dá suporte ao município às questões do PEC e-SUS APS e ao MS.

A fim de dar seguimento às ações e não impedir o andamento da experiência - sobretudo em razão de captar o incentivo financeiro oferecido -, após consulta ao MS, utilizou-se como alternativa plataformas disponibilizadas gratuitamente, como o Google Meet, Zoom e WhatsApp. O MS não impediu a utilização de plataformas alternativas. No entanto alertou que, como boa prática em Saúde Digital, recomenda-se que a ação de teleconsulta seja realizada pela ferramenta do PEC e-SUS APS, que permite resguardar a Proteção de Dados Pessoais, conforme a Lei nº. 13.709/2018, o que não acontece quando é utilizado outra ferramenta.[20] Essa consulta ao MS também ampliou o olhar do grupo acerca de novas possibilidades de oferta de assistência à saúde por meio de TDIC, como a utilização de mensagens de

texto e ligações telefônicas, o que ampliou ao cenário de ações quando comparadas ao planejamento inicial.

Destaca-se que as fragilidades supracitadas evidenciam, novamente, o papel central da infraestrutura tecnológica e da estabilidade dos sistemas para a viabilidade das estratégias de Saúde Digital na APS. Observa-se que a existência de ferramentas institucionais previstas nas normativas não garante, por si só, sua operacionalização no cotidiano dos serviços. A dificuldade relatada ilustra um dos entraves frequentemente apontados na implementação de iniciativas como Telessaúde e o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), em que fatores como limitações técnicas e problemas de conectividade acabam por restringir o uso efetivo das tecnologias disponíveis.[19,22]

No que se refere ao processo de trabalho, o atendimento remoto foi estruturado como prática complementar ao atendimento presencial, sendo pactuado como excepcionalidade e não substituição indiscriminada. Foram definidas, inicialmente, as seguintes modalidades: 1. Teleconsultoria assíncrona ou não simultânea (solicitante - SIGTAP nº. 08.04.01.001-3 ou executante - 08.04.01.002-1), que diz respeito à interação entre profissionais de saúde, em até 72 horas, para alinhamento de conduta ou procedimento clínico necessário à condução do caso do paciente por meio de TDIC; 2. Teleconsultoria síncrona (solicitante - 08.04.01.003-0 ou executante - 08.04.01.004-8), semelhante ao procedimento anterior, diferenciando-se por ser interação simultânea; 3. Teleinterconsulta (solicitante - 08.04.01.005-6 ou executante - 08.04.01.006-4), definida como interação remota entre profissionais de saúde, com presença do paciente, para apoio diagnóstico ou terapêutico por meio de TDIC; 4. Teleconsulta na Atenção Primária (03.01.01.025-0), referente à atendimento clínico ambulatorial à distância, incluindo consultas, monitoramento, diagnóstico e suporte assistencial por meio de TDIC. Para fins de recebimento do incentivo financeiro referente ao atendimento remoto, independente da ação realizada, o código de Teleconsulta na Atenção Primária foi registrado, sendo recomendado que fosse seguido de outro que melhor identificasse a ação, quando aplicável.[12,21,23]

Vale ressaltar que o conjunto de fragilidades identificadas, como a instabilidade de conectividade e limitações técnicas da ferramenta do PEC e-SUS APS, influenciaram diretamente o perfil das ações desenvolvidas pelo grupo inicialmente, que se concentraram predominantemente em modalidades de comunicação entre profissionais, como as teleconsultorias e as teleinterconsultas. Essa escolha refletiu uma preocupação do grupo com a equidade no acesso. Tendo em vista que os próprios profissionais encontraram barreiras técnicas no uso das ferramentas, estender a ação aos usuários, por meio da realização de videochamadas, poderia implicar no risco de aprofundar desigualdades já existentes, uma vez que majoritariamente tratavam-se de idosos, com baixa escolaridade e possibilidade de baixo letramento digital e outras vulnerabilidades sociais. Essa cautela encontra respaldo na literatura. Revisão de escopo sobre Saúde Digital e inteligência artificial na APS identificou a baixa alfabetização digital da população, a exclusão tecnológica de idosos e os riscos de iniquidades como barreiras na incorporação de soluções digitais.[24]

Buscando driblar essas barreiras, foram pactuados critérios de elegibilidade para teleconsultas, incluindo preservação cognitiva, acesso a ferramentas (como celular), facilidade de manuseio ou estar acompanhado de pessoa responsável por auxiliar na utilização da ferramenta, dificuldade de deslocamento e autorização por parte do usuário para ser atendido por meio de TDIC. Em relação às teleconsultorias, elegeu-se como critério a necessidade de compartilhamento do cuidado entre diferentes profissionais da APS para a discussão de casos sem a necessidade de participação do usuário. Os critérios de elegibilidade para as teleinterconsultas se assemelham aos da teleconsultas, exceto pelo fato de ter a presença do usuário com um dos profissionais envolvidos. Vale salientar que os critérios de elegibilidade seguem em construção pelo GT, sendo esses os primeiros elencados e sujeitos a reavaliação. A construção de fluxos assistenciais, protocolos de triagem, termo de autorização e definição de indicadores estão em processo de construção.

Destaca-se a produção assistencial desse período. Nesse mesmo ano, no período anterior à constituição do GT (de janeiro a junho de 2025), registraram-se nove Teleconsultas na Atenção Primária (SIGTAP 03.01.01.025-0), realizadas por profissionais das eSF. De julho de 2025 a

janeiro de 2026 - período da implantação das ações por meio do projeto piloto, observou-se uma mudança expressiva nesse perfil. Foram registradas 80 Teleconsultas na Atenção Primária, das quais 62 (77,5%) foram realizadas por profissionais das eMulti, evidenciando não apenas o crescimento da produção, mas a centralidade que as eMulti passaram a ocupar nessa modalidade assistencial. O uso do código SIGTAP 03.01.01.025-0 corresponde, além do registro da ação, ao incentivo financeiro federal vinculado ao atendimento remoto, o que confere relevância tanto assistencial quanto de financiamento a esses registros.[12]

Quando considerados, para o mesmo período, o código SIGTAP supracitado em conjunto com demais códigos relacionados à utilização de TDIC na assistência à saúde (como 0804010048 - Teleconsultoria Síncrona - Executante, 0804010064 - Teleinterconsulta - Executante e 0804020043 - Teleorientação), identificaram-se 138 registros no total, dos quais 128 (92,7%) foram realizados pelas eMulti. A análise estratificada por código revelou que os demais profissionais da APS não utilizaram os códigos específicos de TDIC no período analisado, além do código de Teleconsulta na Atenção Primária, o que reforça o protagonismo das eMulti na incorporação das TDIC à prática assistencial e sugere avanço tanto na qualidade do cuidado, quanto na qualificação dos registros.

Não obstante, observou-se que a maioria dos registros foi realizada exclusivamente com o código vinculado ao financiamento, o que pode indicar sub registro de informações e comprometer a visibilidade da oferta de ações à distância em sua totalidade. Uma hipótese explicativa para esse achado relaciona-se às condições estruturais de trabalho das eMulti. Uma vez que esses profissionais não dispõem de acesso permanente a equipamentos eletrônicos com acesso ao PEC e-SUS APS - dependendo da disponibilidade de salas e dispositivos compartilhados que, frequentemente, não contam com infraestrutura adequada para registro imediato - e a diversidade de ações à distância, como mensagens de texto e ligações telefônicas, aumenta-se a chance de perda de informações registradas.

Além disso, durante o processo identificou-se que a os profissionais de educação física não poderiam registrar o código SIGTAP referente ao financiamento (03.01.01.025-0 - Teleconsultas na Atenção Primária) em

função de não estarem habilitados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) para o registro, o que também pode culminar em perdas de informação.[21] Como estratégia de mitigação para os problemas supracitados, o grupo possui turnos protegidos para a realização de registros tardios, solução que, embora paliativa, permitiu minimizar as perdas de informação e manter a continuidade da documentação das ações. No que tange às ações realizadas pelos profissionais de educação física, optou-se pelo cuidado compartilhado com outro profissional de diferente categoria, quando possível, sendo a ação registrada por este profissional. Em casos específicos para a categoria, sem a necessidade de compartilhamento, recomendou-se o registro de demais códigos possíveis. Isto implica em não contribuição da ação para fins de financiamento, mas colabora para o cuidado assistencial e para a qualificação do registro das ações realizadas.

A despeito dos desafios, os dados sugerem viabilidade técnica e potencial de ampliação do acesso a partir da utilização de TDIC. Os achados do presente estudo corroboram com o que foi evidenciado na APS de São Paulo, que identificou centralidade da equipe multiprofissional na realização de atividades realizadas por telessaúde. As principais ferramentas utilizadas foram aplicativos de comunicação e ligações de voz, empregados, sobretudo, para troca de informações sobre cuidados e serviços de saúde e para reuniões multiprofissionais de discussão de casos.[25]

Se no Sudeste o atendimento remoto demonstrou potencial, há razões para supor que seu impacto pode ser ainda mais significativo em realidades como a de Vitória da Conquista, localizado no Nordeste brasileiro, região historicamente marcada por iniquidades sociais e piores condições de saúde quando comparadas ao Sudeste, por exemplo.[26] Nessas condições, o atendimento remoto pode constituir uma ferramenta estratégica para o fortalecimento do cuidado integral e longitudinal, contribuindo para reduzir distâncias não apenas geográficas, mas também assistenciais. Para tanto, precisa estar orientado pelo compromisso com a equidade digital, de modo que as tecnologias não se tornem mais um fator de exclusão para populações já historicamente vulnerabilizadas.[24]

Ainda no que tange à operacionalização do atendimento remoto pelas eMulti, embora o GT tenha se apoiado em documentos oficiais e contado com suporte técnico do MS por meio de comunicação institucional, ainda se observa lacuna no direcionamento normativo e operacional dessa prática no âmbito do SUS. Capatan et al., 2024 defendem que a ausência de diretrizes específicas para as particularidades do sistema público brasileiro pode levar à tentativa de transposição de modelos oriundos da iniciativa privada, desconsiderando as especificidades do SUS. Soma-se a isso a falta de regulamentações mais claras sobre aspectos como a organização do teletrabalho e a operacionalização do cuidado remoto no serviço público.[27] Nesse contexto, a construção coletiva de critérios, fluxos e instrumentos pelas equipes locais tornou-se estratégia necessária para viabilizar a implementação, ao mesmo tempo em que evidencia a necessidade de orientações institucionais mais detalhadas para apoiar a consolidação dessas práticas.

Finalmente, destaca-se que a implementação incluiu, desde o início, uma dimensão avaliativa. Foram pactuadas reuniões bimensais de monitoramento (presenciais ou remotas) para revisão dos resultados e verificação de necessidade de ajustes. Além das reuniões do GT, o monitoramento ocorre mensalmente de forma remota com cada eMulti, a fim de garantir a continuidade das ações e o registro oportuno.

O processo avaliativo revelou tanto potencialidades, quanto desafios. Certamente a implantação e as respostas favoráveis da estratégia de fortalecimento da Saúde Digital no município foram frutos do saber multiprofissional e do envolvimento e engajamento dos profissionais do GT em todas as fases do processo. Como potencialidades mais intrinsecamente relacionadas à assistência direta à saúde, destaca-se a maior integração multiprofissional e o cuidado compartilhado, assim como a busca por equidade na assistência aos usuários que residem em localidades vulneráveis, bem como respostas favoráveis às demandas atendidas de forma remota (como intervenções que resultaram em resolutividade de casos). Também é importante relatar a informatização da APS municipal como um facilitador para os resultados positivos, bem como o recebimento mensal do incentivo financeiro federal de custeio para as ações do atendimento remoto.

Quanto aos desafios, destacam-se as dificuldades relacionadas à infraestrutura tecnológica (como insuficiente disponibilidade de salas e equipamentos); a falta de repasse, até o presente momento, referente ao incentivo de capital/estruturação, destinado à compra de equipamentos, aguardando os fluxos administrativos e orçamentários do MS; a necessidade de qualificação contínua das equipes; a rotatividade de profissionais no GT em virtude de utilização de direitos e vantagens trabalhistas (principal razão, sendo a maior parte do quadro de servidores efetiva) ou desligamento do serviço; e necessidade de consolidação das ações, observando-se entre os meses avaliados pelo menos uma das equipes sem ação realizada. A falta de ação justificou-se pela dificuldade de eleger os casos, o que reforça a dificuldade de integração eMulti/eSF e pela dificuldade de acesso ou em manusear tecnologias digitais por uma porcentagem da população atendida. Esses achados corroboram a literatura ao indicar que, embora a teleassistência possa fortalecer o cuidado compartilhado e a integração entre profissionais, sua implementação ainda enfrenta desafios estruturais e organizacionais que podem comprometer a regularidade e a consolidação dessas práticas na APS.[5,19,27]

Para além disso, observou-se que a experiência do município dialoga com outros desafios nacionais para a consolidação da Saúde Digital, como desafios éticos e sociais que exigem atenção contínua. A exemplo disso, o uso de plataformas alternativas pelos profissionais, como o WhatsApp, e a dificuldade de acesso ou em manusear tecnologias digitais, um dos desafios para a consolidação das ações voltadas ao uso de TDIC na assistência remota direta ao cidadão. Apregoa-se que a ampliação do uso de tecnologias digitais no SUS demanda o fortalecimento da governança da informação, com ênfase na proteção de dados sensíveis, conforme estabelece a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Nesse cenário de transformação digital, é emergente a necessidade de políticas de cibersegurança e de protocolos que assegurem a confidencialidade e a integridade dos dados de saúde, bem como a necessidade de neutralização do risco de reprodução de desigualdades sociais, o que reforça, a nível nacional, a urgência de estratégias regulatórias e medidas compensatórias.[1,20]

Em suma, embora a implantação tenha sido induzida pelo incentivo financeiro federal, observou-se que tanto a gestão quanto os profissionais das eMulti passaram a reconhecer o atendimento remoto como estratégia concreta de melhoria do cuidado, compreendendo as múltiplas modalidades disponíveis como ferramentas para o fortalecimento do cuidado integral, longitudinal e resolutivo. Essa ressignificação do incentivo financeiro em compromisso assistencial é, em si, um dos achados mais relevantes da experiência e um indicativo de que, quando o processo é conduzido de forma participativa e contextualizada, é possível avançar para além da lógica produtivista e construir bases mais sólidas para a consolidação da Saúde Digital no SUS.

A experiência acumulada ao longo do processo permite identificar lições relevantes para municípios que pretendam percorrer trajetória semelhante. A constituição de um GT com representatividade de todas as equipes e categorias, ainda que não institucionalizado formalmente, mostrou-se condição fundamental para a sustentação do processo. O sequenciamento das ações, com priorização das modalidades entre profissionais antes da oferta direta ao cidadão, revelou-se uma escolha acertada diante das limitações identificadas, e pode servir de referência para outras experiências em contextos de infraestrutura incipiente. A consulta ao MS, embora tenha evidenciado lacunas normativas, funcionou como estratégia de alinhamento técnico e segurança institucional, indicando que o diálogo com instâncias federais pode ser um recurso valioso na ausência de diretrizes operacionais consolidadas. Por fim, ficou evidente que o incentivo financeiro, embora tenha sido o indutor inicial da implantação, não foi suficiente para garantir as condições estruturais necessárias, reforçando que financiamento e infraestrutura precisam caminhar juntos para que a Saúde Digital se consolide como prática e não apenas como meta de produção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do atendimento remoto pelas eMulti em Vitória da Conquista demonstrou que a incorporação das TDIC na APS é viável mesmo em contextos de infraestrutura limitada, desde que sustentada por governança participativa e engajamento das equipes. Mais do que a adoção de uma nova ferramenta, o processo implicou redefinição de fluxos assistenciais e fortalecimento da capacidade local de gestão, evidenciando que a

transformação digital na APS é, antes de tudo, uma transformação do processo de trabalho.

A experiência aponta implicações concretas para a agenda da Saúde Digital no SUS. A necessidade de orientações operacionais mais detalhadas para a implantação do atendimento remoto pelas eMulti e o apoio contínuo do MS aos municípios; o repasse oportuno dos recursos financeiros de estruturação (capital) e manutenção (custeio) como condição para a sustentabilidade das ações; a qualificação contínua das equipes para o uso das TDIC; e a atenção à equidade digital, para que as tecnologias ampliem o acesso ao cuidado em vez de reproduzir exclusões já existentes.

Cabe reconhecer como limitação o fato de se tratar de um caso único, circunscrito à realidade de um município específico, o que restringe a generalização dos achados. Soma-se a isso o fato de a adesão inicial ter sido impulsionada pelo incentivo financeiro federal, o que não invalida os ganhos assistenciais observados, mas exige cautela na interpretação do processo. Mesmo em fase inicial de consolidação, a experiência relatada contribui para a construção de evidências sobre a implementação da Saúde Digital na APS brasileira e oferece subsídios para gestores, profissionais e formuladores de política comprometidos com um SUS mais integrado, resolutivo e equânime.

AGRADECIMENTOS

Equipe Multiprofissional na APS (eMulti) do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil;

Grupo de Trabalho Multiprofissional (Antônio Barbosa Sampaio Junior, Anne Caroline Silva Viana, Bárbara Giudice Rocha, Cleide Novais da Silva Duarte, Elizângela de Morais Santos, Juliana Novais Silveira, Lorena Juliano Alves Coelho, Luiz Mário de Lyra Souto Batista, Kiliana Modesto Gonçalves, Marcos de Amorim Dourado, Marcos Vinícius da Rocha Bezerra, Maria Luiza de Oliveira Nogueira, Robson Oliveira Costa Junior, Rosana Prado Santos);

Diretoria de Atenção Básica (especialmente à Taise de Alcantara Amancio, Maria Clara Costa Lacerda, Juliano Gusmão de Oliveira e Thais Gaspar dos Reis);

Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia (Secretária no momento da implantação - Fernanda Oliveira Maron; Subsecretária no momento da implantação - Kalilly Lemos Santos da Rocha; Secretária atual - Lorena Silveira Almeida).

REFERÊNCIAS

1. Haddad AE, Lima NT. Saúde digital no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2024;28:e240101. doi:10.1590/interface.240101.

2. Rodrigues PLF, et al. Organização do trabalho em saúde e as transformações digitais: uma perspectiva comparada entre o Brasil e Portugal. Trab Educ Saude. 2025;23:e03078285. doi:10.1590/1981-7746-ojs3078.

3. Santos RC, et al. O uso de tecnologias digitais nas práticas de trabalhadores comunitários de saúde: uma revisão internacional de escopo. Trab Educ Saude. 2023;21:e02146220. doi:10.1590/1981-7746-ojs2146.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020–2028. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

5. Celuppi IC, et al. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. Rev Saude Publica. 2024;58:23. doi:10.11606/s1518-8787.2024058005391.

6. Cielo AC, et al. Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. Rev Saude Publica. 2022;56:5. doi:10.11606/s1518-8787.2022056003551.

7. Mendonça AVM, Sousa MF. Desafios contemporâneos para a saúde digital: letramento, educação midiática e prevenção à desinformação. Rev Panam Salud Publica. 2025;49:e14. doi:10.26633/RPSP.2025.14.

8. Bispo Jr JP, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2023;39(10):e00120123. doi:10.1590/0102-311XPT120123.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui incentivo financeiro federal para equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Institui o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi) e define critérios de incentivo financeiro para equipes multiprofissionais na APS. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 11/2024-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

13. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. Brasília: PNUD; 2013. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados: Vitória da Conquista (BA). Rio de Janeiro: IBGE; 2024. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br

15. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Plano Municipal de Saúde 2022–2025. Vitória da Conquista (BA): PMVC; 2022.

16. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br

17. Silva RR, et al. Desafios da educação permanente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Saude Coletiva. 2021;11(65):6324-33. doi:10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6324-6333.

18. Almeida Filho N. Competência tecnológica crítica em saúde. Interface (Botucatu). 2018;22(66):667-71. doi:10.1590/1807-57622018.0257.

19. Bender JD, et al. O uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde na atenção primária à saúde no Brasil, de 2014 a 2018. Cienc Saude Colet. 2024;29(1):e19882022. doi:10.1590/1413-81232024291.19882022.

20. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Brasília: Ministério da Saúde; 2026.

22. Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, Tomasi E, Thumé E. Evolução da disponibilidade de tecnologias de informação e comunicação na atenção primária à saúde do Brasil, 2012 a 2018. Rev Bras Epidemiol. 2024;27:e240021. doi:10.1590/1980-549720240021.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 2.326, de 6 de dezembro de 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

24. Lopes Jr JEG, et al. Entre algoritmos e territórios: uma revisão de escopo sobre saúde digital e inteligência artificial na atenção primária. Rev Panam Salud Publica. 2025;49:e126. doi:10.26633/RPSP.2025.126.

25. Bernardo D, et al. Telehealth in primary health care: a study of activities and time spent by professionals. Rev Latino-Am Enfermagem. 2025;33:e4500. doi:10.1590/1518-8345.7255.450.

26. Paschoalotto MAC, Passador JL, Passador CS, Endo GY. Regionalização da saúde no Brasil: desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. Gestão & Regionalidade. 2022;38(113):313-27.

27. Capatan A, et al. Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? Cienc Saude Colet. 2024;29:e03302024. doi:10.1590/1413-81232024297.03302024.